

# REKLAMATION / AVVIKELSERAPPORT – INKONTINENSSKYDD

Region: Region Värmland

Fast kontakt: Hjälpmedelsservice

## 1. Grunduppgifter

Datum:	
Rapportör:	
Enhet / Verksamhet:	
Kontaktuppgifter:	

## 2. Uppgifter om produkt

Produktnamn:	
Artikelnummer:	
Storlek / Absorptionsnivå:	
Tillverkare / Leverantör:	
Batch- / Lotnummer:	

## 3. Typ av avvikelse / reklamation

- Läckage
- Bristande passform
- Hudpåverkan
- Materialfel
- Förpackning / märkning
- Annat

### Läckagebedömning

Har patienten rätt skydd enligt läckagemätning?			
	Ja	Nej	Vet ej

## 4. Beskrivning av avvikelsen

---

---

---

---

---

## 5. Konsekvens för brukaren

- Ingen påverkan
  - Obehag
  - Hudproblem
  - Risk för vårdskada
  - Vårdskada
- 
- 

## 6. Vidtagna åtgärder

---

---

---

## 7. Önskad fortsättning / begäran

- Ersättning
  - Utbyte
  - Utredning
  - Återkoppling från leverantör
- 
- 

## 8. Bilagor

- Foto
- Förpackning
- Annat

## 9. Uppföljning

Ansvarig: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Skickas till:

Therese Lundström  
Hjälpmedelsservice  
Östanvindsgatan 14  
652 21 Karlstad